

委任状

委任者

住所 大阪市淀川区

受診者（児童氏名）

親権者（保護者氏名）

印

連絡先（電話番号）

委任日 平成 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、私の子の医療機関への受診の付添い、病状の説明及び診断結果の聴取、並びに医師連絡票（診療情報提供書）の作成依頼と受取についての権限を委任します。

受任者（代理人）

大阪市淀川区訪問型病児保育(共済型)推進事業受託事業者
社会福祉法人 江育会
メディカルキッズ淀川
大阪市淀川区十三元今里 1-7-21-101
電話番号：06-6309-9900